UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES DE L'ENFANT

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juin 1951

PAR

GUY SFERLAZZA

Membres du Jury	MM. SOREL	*Président*	
	VIRENQUE		
	GADRAT	*Assesseurs*	
	LAPORTE		
	BAZEX	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1951

Contribution à l'Étude des Hernies diaphragmatiques de l'Enfant

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DIAPHRAGMATIQUE DE L'ENFANT

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juin 1951

PAR

GUY SFERLAZZA

Membres du Jury

MM. SOREL	*Président*	
VIRENQUE		
GADRAT	*Assesseurs*	
LAPORTE		
BAZEX	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LEFEBVRE.
ASSESSEUR		BRUSTIER.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MÉRIEL. MM. GARIPUY.
LAFFORGUE. CLERMONT. RIBAUT.
SERR. VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique médicale		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiosologie		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologique et médicale		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.).
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.).
Matière générale		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MÉRIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail		PLANQUES.
Histologie et Embryologie		BROUSSY.
Médecine Sociale		BOUNHOURE.
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	BAISSET.
Anatomie		COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie		BIMES.
Sciences naturelles		BOUISSET
Pharmacie		COUTURIER.
Botanique	Mme	DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.).
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIE.
Chirurgie		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.).
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Urologie		LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GUILHEM.
Chimie biologique		DOUSTE-BLAZY.
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale		BLANC.
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		BAUDOT.
Cryptogamie	MM.	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.).		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Mycologie		MORQUIER.
Physiologie		COLOMBIES.
Psychiatrie		GAYRAL.
Urologie		LHEZ.

Secrétaire de la Faculté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE
JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL

Elle désirait me voir médecin : près d'achever cette thèse, je reçus la nouvelle de son décès. Quelques semaines plus tard, son vœu eut été exaucé.

Elle était la droiture et l'honneur : elle m'entoura de la plus exquise affection ; pour moi elle a fait d'immenses sacrifices.

Puisse-t-elle reposer en paix, assurée que son fils conservera sa mémoire et perpétuera les traditions familiales de vertu.

Elle voulait que je sois un bon médecin : puisse-t-elle, mère vigilante, guider mon esprit, et guider tous mes actes.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Le Professeur SOREL

En témoignage de notre profond respect.
Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de notre Thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Monsieur le Professeur GADRAT

Monsieur le Professeur LAPORTE,
professeur agrégé de médecine

Monsieur le Docteur BAZEX,
chargé de cours de dermatologie et syphiligraphie

Au Docteur BARDIER :

Qui a eu l'amabilité de nous suggérer l'idée de cette thèse : nous le remercions de l'intérêt qu'il nous a témoigné.

Au Docteur BOUISSOU :

Qui nous instruit avec une grande bienveillance au pavillon de médecine infantile.

Au Docteur SAINT-PAUL :

Il nous a aidé dans des moments difficiles.

Nous lui exprimons notre très vive sympathie.

A Monsieur et Madame GACHEM,

ET LEUR FAMILLE :

Avec ma reconnaissance.
Je ne puis considérer sans émotion toutes les bontés qu'ils ont pour moi. Je leur exprime mon immense gratitude.

A Monsieur et Madame Victor SFERLAZZA
ET LEUR FAMILLE

Mes sentiments affectueux.
Et mes remerciements.

A Monsieur et Madame GULI,
ET LEUR FAMILLE

Mes sentiments affectueux.

A MA SŒUR ELVIRE ET SON FIANCE

A MES NIECES ET MES NEVEUX

A MON ONCLE Oreste FLORIO
ET SA FAMILLE

Au Docteur DIACONO
de l'hôpital régional de Sousse

Au Docteur Bertrand PIBRAC :

Avec nos remerciements.

A MES AMIS :

Etudiants soussiens : SILLAM, NALBERT, BARTOLO, CAMPAGNE, LERNER, CHELLY, ZANA, COLONA, SCEMAMA, MASSA, HAGEGE

A la famille RABBIN de Toulouse

A la famille CALVET de Toulouse

Introduction

C'est avec un certain regret que l'on voit approcher la fin de ses études : pourtant, que de labeur, que de soucis ! Malgré cela, on voit venir avec inquiétude le jour du départ.

Je me suis demandé ce qui pouvait m'attacher à cette ville de Toulouse.

C'est sans doute de nombreuses amitiés contractées ; que de familles m'ont manifesté une réelle affection !

Il y a aussi le regret de quitter les bancs de la faculté, le regret de quitter les professeurs qui nous ont instruit avec tant de dévouement !

Nous remercions le Dr Bardier qui nous a suggéré l'idée de cette thèse : il lui fut présenté une fillette de deux ans présentant une hernie diaphragmatique.

Il pensa que cette affection pouvait faire l'objet d'une thèse. Nous le remercions de nous avoir confié le soin de cet ouvrage. Nous nous sommes surtout attachés à l'étude clinique et diagnostique de la H. D.

Nos remerciements vont aussi au Professeur Sorel qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions aussi de nous ad-

mettre dans son service où nous apprenons à mieux connaître les maladies des enfants.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous remercions tous ceux qui, soit à l'hôpital, soit à la faculté, se sont dépensés pour nous enseigner la profession de médecin.

Nous faisons le serment d'accomplir notre profession avec dévouement ; nous leur promettons de continuer à nous instruire, pour accomplir notre tâche avec plus d'efficacité.

Nous jurons, enfin, d'observer toute notre vie les principes de l'honneur.

Historique

Si Hippocrate n'a pas parlé de H. D., il n'a pas ignoré les déchirures du diaphragme, caractérisées cliniquement par le « rire sardonique ».

Les premières observations sont de Ambroise Paré, premier chirurgien de la chrétienté, qui dans son ouvrage paru en 1653, « des playes du thorax ou poitrine » rapporte l'observation « d'un aide-maçon, lequel fut blessé au milieu du diaphrame en sa partie nerveuse, dont il mourut le troisième jour : et lui ayant ouvert le ventre inférieur, ne put trouver son estomach, ce qui me fit grandement esmerveiller, pensant que ce fut une chose monstrueuse d'être sans estomach.

Mais ayant diligemment considéré, comme enfin qu'il estait monté dans le thorax, iacoit que la playe du diaphragme ne fut plus grande qu'à mettre le poulce (A. Paré, 8me Livre, Chap. xxxiii).

Auzelly, dans sa thèse publiée en 1842, présente le premier travail d'ensemble sur la question.

En 1870, Jean-Louis Petit, sépare la H. D. de l'éventration diaphragmatique.

Ce n'est qu'en 1865, avec Bowdich, et en 1880 avec Pean, que naît l'idée d'un traitement chirurgical de cette affection : « en cas d'étran-

glement, en présence d'une mort certaine, on peut essayer de dégager l'anse herniée ».

Guido Holznecht, en 1901, introduit une sonde dans l'estomac, et fait le premier radio diagnostic de H. D.

De 1914 à 1918, la multiplicité des cas de H. D. de guerre, les progrès de la radioscopie, font connaître cette affection, considérée jusque-là comme rarissime.

En 1918, on connaît 1.200 cas de H. D.

Une date importante, est 1919 : Jean Quenu, met au point la technique opératoire : « la H. D. n'est plus une rareté, elle n'est plus une simple curiosité anatomique, c'est une maladie que le médecin doit connaître, parce qu'il peut la guérir. »

Définition et Embryologie

Il y a H. D. chaque fois que des viscères abdominaux passent dans le thorax à travers une solution de continuité du diaphragme : l'orifice herniaire peut être normal ou pathologique.

Il faut séparer la H. D. de l'éventration diaphragmatique, qui est une surélévation anormale et permanente d'une coupole diaphragmatique, sans solution de continuité.

Il y a des H. D. sans sac ; c'est le cas des H. embryonnaires et des hernies acquises ; d'autres ont un sac constitué par une enveloppe qui enserre les organes herniés : l'enveloppe est le plus souvent formée par l'accolement de tissu pleural et péritonéal.

Chez l'embryon, le diaphragme est définitivement constitué vers la huitième semaine.

Au début, il s'agit seulement d'une languette ombilicale et médiane, se développant d'avant en arrière et de haut en bas : le septum transversum de His.

Des parois latéro-dorsales du thorax partent deux replis, les piliers de Uskow, encore appelés membranes pleuro-péritonéales : elles rejoignent le septum transversum.

Ainsi, vers la huitième semaine, la cavité

thoracique est séparée de la cavité abdominale.

Si la soudure de ces deux éléments est incomplète, il persiste un petit orifice appelé trou de Bochdalek, par lequel des organes abdominaux peuvent faire hernie dans la cavité thoracique.

Les H. D. peuvent être droites ou gauches ; celles qui siègent à droite sont presque toujours congénitales ; les H. D. acquises sont presque toujours à gauche, à cause de la présence protectrice du foie à droite.

NOTIONS ANATOMIQUES

La H. D. frappe les deux sexes avec la même fréquence. Tous les organes abdominaux peuvent se voir dans le thorax, dans l'ordre de fréquence suivant :

Estomac : 36 % (Marquezy).
Colon.
Intestin grêle.
Rate.
Foie.
Pancréas.
Epiploon.
Rein (3 cas).

On a signalé de très rares cas de H. de la vessie, du rectum (Boursier).

On a même cité des cas où l'abdomen était vide de tout organe.

En général, il n'y a qu'une H. D. chez un même sujet ; Chauvet a cependant signalé un cas où quatre orifices ont été observés.

L'orifice herniaire siège à gauche dans

85 % des cas, à droite dans 15 % des cas (MERGER et LEURET).

Le plus souvent, la H. D. n'a pas de sac (4 fois sur 5).

D'autres fois il y a un sac formé par l'accolement du péritoine et de la plèvre.

Les H. gastriques ont généralement un sac.

Il faut noter que le volume de la hernie n'est pas en rapport avec les dimensions de l'orifice.

CLASSIFICATION ANATOMIQUE DES H. D. (d'après AKERLUND : 1926)

1° *Hernies de l'hiatus œsophagien* : Ce sont les plus fréquentes, elles sont dues à l'absence ou à l'atrophie, d'un pilier du diaphragme ; elles ont généralement un sac ; AKERLUND divise les hernies de l'hiatus en trois groupes suivant que l'œsophage est court ou normal :

a) Estomac thoracique, totalement ou en partie, avec œsophage court ;

b) Estomac thoracique, totalement ou en partie, avec œsophage normal et non hernié ;

c) Estomac thoracique, totalement ou en partie, avec cardia haut situé et œsophage sinueux ;

En 1933, HARRINGTON rapporte 60 cas de H. D. opérés, dont 43 H. de l'hiatus contenant 40 fois l'estomac.

2° *Hernies postérieures :* A travers l'hiatus costo-lombaire.

Ces H. ont généralement un sac et sont de volume réduit.

3° *Hernies à travers le centre phrénique.*

4° *Hernies à travers un orifice de passage de vaisseaux ou de nerfs.*

ETIOLOGIE

L'estomac est l'organe le plus fréquemment hernié ; mais souvent il est accompagné d'autres organes.

En 1904, KNAGGS signale, sur 131 cas de H.D. :
53 H. de l'estomac.
44 H. de l'estomac et de l'intestin grêle.
34 H. de l'estomac et du gros intestin.

Chez l'enfant, la H. de l'hiatus est la plus fréquente :
Sur 40 cas opérés, TAVENNEC signale :
29 cas de H.D. à travers l'hiatus œsophagien.
4 cas de H. D. à travers l'hiatus costo-lombaire.
3 cas de H. D. à travers le centre phrénique.
2 cas de H. D. à droite de l'hiatus œsophagien.
1 cas de H. D. à droite de l'hiatus œsophagien.
1 cas de H. D. par l'orifice de la veine cave.
HUME signale 12 H. de l'hiatus sur 35 H. D.
HEDBLOM signale 24 H. de l'hiatus sur 62 H. D.
Dans sa thèse publiée en 1928, LAGARRIGUE montre que la fréquence est la même pour les filles et les garçons.

En 1888. MONNIER a étudié la fréquence de la H. D. en fonction de l'âge. Il donne la statistique suivante :

61 nouveau-nés.
11 enfants au-dessous de 1 an.
12 enfants au-dessus de 1 an.
28 adultes.

Gaillard, en 1907, donne les chiffres suivants :

4 nouveau-nés.
1 enfant au-dessous de 1 an.
3 adultes entre 20 et 60 ans.

Il ressort de cette étude, que la H. D. est surtout une affection infantile : elle appartient avant tout à la pédiatrie.

CLASSIFICATION DES H. D.

On a divisé les H. D. en trois groupes bien distincts :

1° Les H. D. congénitales.
2° Les H. D. graduelles.
3° Les H. D. traumatiques.

1° Les H. congénitales :

Elles doivent être, elles-mêmes, séparées en H. embryonnaires et H. fœtales, suivant leur période d'apparition.

a) *H. embryonnaires :* Ce sont les plus précoces.

Au moment de la formation de l'ébauche membraneuse, il y a absence complète d'une partie du diaphragme.

Elles surviennent avant le troisième mois de la vie intra-utérine. Ce sont les plus fréquentes et sont caractérisées par l'absence de sac.

b) *H. fœtales :* Elles apparaissent après le troisième mois de la vie intra-utérime.

L'échauche membraneuse est complète, mais « l'envahissement musculaire s'est localement arrêté, réalisant une anomalie phrénique plus tardive ».

Ces H. D. ont généralement un sac, formé par l'adossement de la plèvre et du péritoine.

II. Les H. graduelles :

Il s'agit de H. D. se formant très progressivement, à la faveur d'un point congénitalement faible du diaphragme ou d'un orifice normal du diaphragme qui se laisse dilater.

III. Les H. traumatiques :

Elles siègent à gauche, à cause de la protection du foie à droite.

Lucien Brient, dans sa thèse de 1912, a, cependant, signalé des cas de H. D. droites traumatiques.

On classe les H. traumatiques en deux groupes :

a) *Les hernies par plaies du diaphragme,* où l'on distingue :

Les plaies par arme blanche ;

les plaies par projectile ;

les plaies par fragments de côte fracturée.

b) *Les ruptures du diaphragme :* Consécutives à de gros traumatismes.

PATHOGENIE

I. Des H.D. congénitales :

Deux théories s'opposent : celle de Cruveilhier, et la théorie moderne. Nous allons les exposer :

Théorie de Cruveilhier : Il y a ectopie primitive des viscères abdominaux ; la conséquence est la perforation du diaphragme.

C'est donc parce que les organes abdominaux sont dans le thorax que le diaphragme est perforé.

On peut donner, en faveur de cette conception, quatre arguments :

a) On a vu des H. de lobe hépatique plus grosses que l'orifice diaphragmatique ;

b) Le poumon, du côté de la hernie est souvent atrophié ;

c) Il y a des estomacs théoraciques avec œsophage court. Il ne s'agit pas de hernie mais d'ectopie de viscères abdominaux ;

d) Ces hernies n'ont pas de sac.

Nous pensons que cette conception rend compte de la H. D. embryonnaire, sans sac, et souvent de gros volume.

Théorie moderne : L'orifice diaphragmatique serait primitif ; à la naissance, les premiers mouvements respiratoires, créant une aspiration thoracique, attireraient les viscères abdominaux dans le thorax.

Cette théorie rend compte de la H. D. fœtale.

Dans ce cas, il ne peut s'agir « que d'une anomalie primitive de la musculature du diaphragme suivie d'une poussée secondaire des viscères abdominaux ».

Pour justifier cette conception, on donne trois arguments :

a) L'existence constante d'un sac ;

b) La pauvreté du contenu de la hernie.

c) Le tirage sous-sternal lors des premiers mouvements respiratoires.

II. Des H. traumatiques :

La pathogénie de ces hernies est plus simple et semble due au jeu de deux forces agissant dans le même sens :

a) La poussée abdominale ;

b) L'aspiration thoracique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Le passager des viscères thoraciques dans l'abdomen constitue le « pneumocèle abdominale ». Cette affection est rarissime.

I.. — Les viscères abdominaux peuvent faire hernie dans le thorax, soit :

a) dans le péricarde (4 cas selon Quenu) ;

b) dans le médiastin (5 cas) ;

c) en pratique, toujours dans la plèvre.

CONFORMATION DE L'ORIFICE HERNIAIRE :

A) Des hernies embryonnaires : L'orifice est presque toujours à gauche. On distingue :

a) Les H. complètes, dont l'orifice a une forme en croissant ;

b) les H. incomplètes, avec un orifice généralement circulaire ;

c) les H. complexes, un pilier du diaphragme est absent et l'orifice herniaire se confond avec un orifice naturel du diaphragme.

Les H. embryonnaires n'ont pas de sac ; elles présentent le grave inconvénient de contracter des adhérences avec les organes voisins : elles sont de ce fait irréductible et rendent l'intervention chirurgicale difficile.

B) Des hernies fœtales : L'orifice a un siège variable : médian, rétro-xiphoïdien.

Ces H. sont pourvues d'un sac, ce sont les hernies vraies de Nelaton.

C) Des hernies graduelles : Elles s'apparentent aux H. fœtale, elles ont un sac.

D) Des hernies traumatiques : Les dimensions de l'orifice sont essentiellement variables.

Si la plaie est récente, les bords sont irréguliers, mais si elle est ancienne, les bords sont au contraire lisses.

Ces H. n'ont pas de sac. Elles contractent des adhérences qui rendent l'intervention impossible par voie abdominale.

Contenu de la hernie : Tous les organes abdominaux peuvent faire hernie dans le thorax.

La hernie la plus fréquente est celle de l'estomac (30 %).

L'estomac peut être en partie ou entièrement thoracique.

Avec l'estomac, on trouve souvent, soit l'intestin grêle, soit de gros intestin, soit la rate.

L'orientation de l'estomac est souvent modifiée :

Il bascule ou se met en volvulus.

La plupart des travaux sur la H. D. traitent de la H. de l'estomac.

QUE DEVIENNENT LES ORGANES THORACIQUES ?

Du côté de la hernie, le poumon est souvent petit, atrophié, refoulé sur son pédicule.

Du côté sain le poumon est normal.

Le cœur est déplacé du côté opposé à la hernie.

On note très souvent, associées à la H. D., d'autres malformations congénitales dont les plus connues sont :

a) l'atrophie de l'artère pulmonaire gauche.

b) le développement considérable du canal artériel ;

c) des anomalies d'origine des branches de la crosse de l'aorte.

Nous avons même recueilli une observation de H. D. coexistant avec un poumon accessoire. Développé à gauche, le lobe accessoire est absolument indépendant du poumon normal et se loge entre le lobe inférieur et le diaphragme.

Si ce dernier n'est pas fermé, le lobe accessoire s'insinue dans la brèche phrénique.

Le poumon accessoire dispose d'un arbre bronchique bien caractérisé.

Chez un malade de Rokitansky il existait une large communication entre le pédicure bronchique du poumon acccessoire et l'œsophage terminal.

ETUDE CLINIQUE

Les signes cliniques de la H. D. sont différents suivant que l'on considère le nouveau-né ou l'enfant.

Le nouveau-né : Souvent il apparaît dès la naissance en état de mort apparente. D'autres fois, il meurt dans le tableau de l'asphyxie ; il est des cas enfin, ou il semble en parfaite santé, comme le prouve l'observation de la petite malade du Dr Bardier.

a) *Forme avec mort apparente :* L'enfant naît cyanosé ; il ne crie pas, il est inerte.

Il pousse quelques cris de plus en plus faibles et meurt en quelques secondes, en quelques minutes ou en quelques heures.

b) *Forme asphyxique :* Parfois le tableau est très différent. L'enfant s'agite dès la naissance, pousse « un cris unique » et meurt subitement.

Selon GUENIOT, après ce cri, la cavité thoracique se trouvant envahie par les viscères abdominaux, un deuxième cri n'est plus possible, malgré la persistance des battements cardiaques.

Le diagnostic pourrait se faire grâce aux trois signes suivants :

a) Difficulté de la respiration et de l'insufflation ;

b) Le bruit de gargouillement de l'air insufflé pénétrant dans les voies digestives ;

c) La sonorité tympanique d'un côté du thorax et la dépression de l'épigastre.

C) *Forme latente :* Dans de nombreux cas, les années s'écoulent sans que rien ne fasse soupçonner la H. D. Le diagnostic est alors fait fortuitement à l'examen radiologique.

Une question se pose alors, à laquelle il est difficile de répondre : si fortuitement, en dehors de tout accident aigu, le diagnostic de H.D. est fait chez un enfant, quel âge faut-il attendre pour entreprendre un traitement chirurgical ?

CAS DE L'ENFANT PLUS AGÉ : L'étude clinique de la H. D. chez le grand enfant présente à considérer trois groupes de symptômes :

1° les symptômes fonctionnels ;
2° les signes physiques ;
3° les signes généraux.

I. — Les symptomes fonctionnels :

Ils comportent eux-mêmes trois groupes de signes :

des douleurs,
des troubles digestifs,
des troubles cardio-vasculaires.

Les douleurs : Elles siègent dans l'hypocondre gauche, parfois à l'épigastre.

Elles s'irradient vers le dos, ou vers une épaule ; elles ont lieu après les repas le plus souvent. Elles consistent en tiraillements, en pesanteur de l'abdomen.

Parfois, les malades ont la sensation que l'estomac remonte dans la poitrine (Giffin).

Il est impossible de définir ces douleurs avec précision ; mais le fait qu'elles sont calmées ou exagérées par les changements de position doit attirer l'attention vers la H. D.

Truesdale rapporte le cas d'un bébé qui criait dès qu'on le mettait au berceau et refusait de rester couché.

Les troubles digestifs : Vomissements. Ce sont des vomissements en fusée. Ils ont lieu par crises avec de longues accalmies.

Les nausées sont fréquentes, l'haleine a une odeur butyrique due au liquide de stase.

Ces enfants présentent des hématéméses, parfois du mélœna ; il faut savoir rechercher le mélœna occulte.

Ces malades sont souvent des constipés ; on note souvent de la dyphagie, du ballonnement de l'épigastre.

Comme les douleurs, ces troubles digestifs sont influencés par la position du malade. Gaudier considère ce signe comme pathognomonique.

Troubles cardio-vasculaires : Chez le nouveau-né nous avons signalé la cyanose et la dyspnée.

Chez le grand enfant, la dyspnée est souvent accentuée par l'alimentation.

On a mentionné la toux, le hoquet, le catarrhe bronchique, les palpitations, l'arythmie, les douleurs angineuses.

Dans sa statistique portant sur 43 cas, GREENWALD note :

Les vomissements	16 fois
Les douleurs	7 «
L'anorexie	2 «
La cyanose	12 «
La dyspnée	9 «
La toux	7 «

II. — LES SIGNES PHYSIQUES :

Ils sont essentiellement trompeurs et permettent très rarement de faire le diagnostic.

Inspection : L'hypocondre est parfois déprimé et la base du thorax élargie.

Palpation : On note deux signes importants :

a) la déviation de la pointe du cœur ;

b) la diminution ou l'abolition des vibrations vocales.

Percussion :

a) face antérieure du thorax : sonorité tympanique ;

b) face postérieure : matité.

Auscultation : On note une diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire, des frottements pleuraux, des gargouillements, des craquements, des souffles, des signes de pneumothorax.

Ces signes sont, eux aussi, essentiellement variables. Signes importants, on entend parfois des bruits hydroaériques qui présentent « un ractère rythmé, en rapport avec les mouvements du diaphragme ».

TAVENNEC, sur 40 observations, a noté :

La matité	6 fois
Le tympanisme	3 «
L'alternance de matité et de tympanisme	2 «
L'alternance ou la diminution du murmure vesiculaire	4 «
l'abolition ou la diminution des bruits hydroaeriques	3 «
Des gargouillements à l'auscultation du thorax	2 «
la dextrocardie	2 «

On fit une ponction à la petite malade de VON BOKAY : le diagnostic du chylothorax fut porté à l'examen d'un liquide qui se trouva être du lait.

Le plus souvent on porte le diagnostic de :
pleurésie,
de pneumothorax,
ou d'hydropneumothorax.

III. — SIGNES GÉNÉRAUX :

Les signes généraux ont été bien étudiés par TAVENNEC : les enfants sont maigres, chétifs, souvent ils sont petits, pâles, fatigués ; ils sont atteints d'une hypotrophie gastrique. L'asthénie est importante, elle est due à l'anorexie et aux vomissements.

L'anémie : TAVENNEC et Raymond CHILOT ont beaucoup insisté sur l'anémie qui caractérise surtout la H. D. de l'estomac.

Dès 1928, Dowes remarquait la co-existence d'anémie (3.400.000 L. R.) et d'une H. D. de l'estomac chez un enfant de 7 ans qui présentait des vomissements depuis l'âge de 18 mois.

En 1925, de Bruin présente un garçon de 15 mois avec une anémie grave : il avait une H. D. de l'hiatus et mélœna occulte. Dans la majorité des cas, c'est l'anémie, l'asthénie qu'elle entraîne, l'amaigrissement, l'hypotrophie, qui attirent l'attention et permettent le diagnostic.

Cette anémie n'est jamais pernicieuse, elle est curable par l'hépatothérapie.

En général, le taux de l'hémoglobine est au-dessous de 50 %. Ce sont des anémies hypochromes, de type secondaire. La leucocytose est normale.

L'anémie évolue par crises séparées par des périodes de bonne santé ; elle est rapportée à quatre causes possibles par Raymond Chilot (thèse de 1939).

a) Aux hémorragies gastriques avérées ou occultes ;

b) A l'atteinte médullaire... dans une observation de Cain, la moelle était hypoplasique ; l'insuffisance portait sur les éléments erythroformateurs ;

c) A l'insuffisance du principe anti-anémique de l'estomac ;

d) A l'hypo-alimentation (Southby).

Les troubles nerveux : On en connaissait deux groupes qui compliquaient les H. D.

a) Les convulsions (Vicq-d'Azir) ;

b) Les crises de tétanie (Greig).

Dans sa thèse publiée en 1938, Ch. Lacoste ajoute un syndrome :

c) L'épilepsie. Lacoste rapporte un cas abso-

lument curieux d'épilepsie consécutive à une H. D. Il semble qu'il s'agisse d'une épilepsie réflexe. Le malade. en effet, n'a présenté de crises comitiales qu'après l'apparition de sa hernie. Les crises ont augmenté de fréquence au fur et à mesure que l'infirmité devenait plus gênante. On peut admettre, dans ce cas, que l'épilepsie était d'origine pleurale.

EVOLUTION - PRONOSTIC COMPLICATIONS

L'Evolution : de la H. D. se fait en trois péiodes :

A) *Une période de latence :* Qui peut durer très longtemps. Elle peut même durer toute la vie ; le diagnostic peut n'être fait que fortuitement au cours d'un examen radiologique nécessité par une autre maladie.

B) *Une période de troubles vagues :* Troubles dyspeptiques, cardiaques ou pulmonaires.

C) *Une période d'atteinte de l'état général :* Comportant l'anémie, l'hypotrophie.

En réalité, l'évolution est plus capricieuse, et l'on observe des périodes de bonne santé alternant avec des crises de troubles digestifs plus ou moins graves. Ces crises peuvent être en rapport avec des accès d'occlusion spontanément résolus.

La tendance à l'amélioration spontanée semble impossible, et la maladie s'aggrave progressivement. La durée de l'affection est impossible à fixer : tantôt elle évolue rapidement, tantôt, au contraire, elle demeure latente toute la vie ; d'autres fois, elle donne lieu à une complication qui peut être grave.

La mort peut survenir, soit :

1° *Par syncope :* L'enfant fait un accès de suffocation qui l'emporte, ou bien il entre en asystolie irréductible.

2° *Par amaigrissement progressif :* Qui aboutit à une cachexie irréversible.

3° *Par suite d'une maladie intercurrente :* En effet, un enfant aussi fragile est à la merci de toute infection.

4° *Par suite d'une complication locale :* Les complications de la H. D. sont nombreuses, certaines sont rares et ne doivent pas nous retenir ; mais il en est une, fréquente et grave, qui nous retiendra davantage : l'étranglement herniaire.

Les complications rares :

Ce sont :

1° *Les perforations gastro-intestinales :* Pierre Duval a observé, en 1913, un cas d'appendicite sous-claviculaire gauche qui a évolué dans une H. D. congénitale.

2° *Les pleurésies purulentes :* Que l'on observe même en dehors de plaies thoraciques.

3° *Les abcès enkystés.*

4° *Le cancer :* En 1914, Watt a observé un carcinome de l'estomac dans un H. traumatique.

5° *Les ulcères :* De l'estomac surtout, que l'on a quelquefois attribués à la situation anormale de l'estomac et à sa torsion.

6° *La tuberculose miliaire du péritoine* (Jean Quenu) :

Labbé a observé un malade atteint de H.D. qui avait une température très élevée et qui vomissait. Gaudier l'opéra et découvrit une tuberculose miliaire généralisée des organes herniés.

Complications fréquentes :

L'étranglement : L'étranglement peut survenir à n'importe quel moment ; parfois longtemps

après un traumatisme ; dans d'autres cas, il peut être la première manifestation d'une H. D. jusque-là latente ; il peut compliquer aussi bien une H. traumatique que congénitale.

Signes fonctionnels : Il survient pendant le sommeil, pendant un repas copieux (Lapeyre) au cours d'un effort (Faguin) ou d'un accouchement (Legry).

Brusquement le malade ressent une douleur très vive dans le côté ou à l'épigastre. Il peut à ce moment tomber en syncope. La dyspnée est souvent précoce, la respiration rapide, courte, du type costal supérieur. Le diaphragme s'immobilise, il y a du hoquet ; l'enfant à une soif intense. Signe capital, il va très souvent un arrêt des matières et des gaz.

On a observé du mélœna (Rolland), des vomissements bilieux, fécaloïdes, ou noirâtres.

Signes physiques : Le ventre est tendu, ballonné, douloureux. D'autres fois, il n'y a pas de défense musculaire, et le ventre se laisse palper sans douleur.

Le ventre est souvent creusé, rétracté, « les symptômes observés ne peuvent relever que d'un obstacle sur le tube digestif, et pourtant l'abdomen interrogé reste muet » (Berard et Dunet).

Les signes généraux : S'aggravent rapidement, le malade est inquiet, agité, il délire, le pouls devient petit, misérable. La température tombe, les urines deviennent rares, la langue est sèche, le corps se couvre de sueurs froides et en quarante-huit heures le malade meurt de syncope cardiaque, d'asphyxie, de septicémie, d'une complication pleuro-pulmonaire, ou d'une perforation intra-pleurale d'un viscère creux hernié (Blum et Ombredanne).

Sur 17 cas de H. D. compliqués, TAVENNEC relève :

6 fois l'étranglement.
3 fois la torsion.
1 fois la perforation.
1 fois une infection aiguë d'origine gastro-intestinale.
4 fois la pneumonie et la broncho-pneumonie.
1 fois l'asphyxie.
1 fois l'inanition.

Selon TAVENNEC, de toutes les H. D., celle de l'estomac apparaît comme la plus compatible avec la vie.

FORMES CLINIQUES

A) Dans un premier groupe, on distingue des formes médicales, chirurgicales et anatomiques.

I. LES FORMES MÉDICALES (CADE ET MONTAZ). — Elles comprennent :

a) *Forme biermérienne, avec atteinte de l'état général :* C'est la forme hypotrophique, avec anémie ; elle s'améliore par l'hépatothérapie. Elle simule l'anémie de Biermer.

b) *Les formes latentes :* Où l'on ne soupçonne pas le diagnostic.

II. LES FORMES CHIRURGICALES : Ce sont les H. D. qui se compliquent de perforation, de torsion, ou d'étranglement. On fait entrer dans ce cadre les H. de l'estomac associées à des H. coliques, spléniques, ou hépatiques.

III. FORMES ANATOMIQUES : Suivant que l'œsophage est court ou normal, on le divise en :

a) ectopie gastrique ;

b) et hernie vraie.

B) Formes suivant l'âge. — Chez le nourrisson on distingue :

a) la forme dyspeptique ;

b) la forme avec gastro-entérite ;

c) la forme avec vomissements ;

d) la forme avec syndrome cardio-pulmonaire, dyspnée et cyanose.

Chez le grand enfant, on distingue :

1° la forme pseudo-tuberculeuse ;

2° la forme dyspeptique ;

3° la forme cardiaque ;

4° la forme anémique ;

5° la forme latente ;

6° la forme thoracique ;

7° la forme thoraco-abdominale.

C) Formes suivant le volume. — Nous distinguerons :

1° *Les grosses H. D.* avec des troubles respiratoires et cardiaques.

2° *Les petites H. D.* qui ne donnent généralement pas de signes physiques. Elles sont souvent découvertes au cours d'une intervention (Soresi).

3° *Les H. occultes* ou syndrome épiphrenique de von Bergmann.

D) Formes suivant l'etiologie :

Dans les H. acquises c'est surtout l'estomac et l'intestin qui souffrent, dans les H. congénitales, c'est plutôt le cœur et les poumons (Cade et Montaz). Suivant l'étiologie, on divise les H. D. en :

1° *Hernies congénitales :* Qui siègent le plus souvent à gauche.

2° *Hernies traumatiques.* — Elles comprennent :

a) *Les H. immédiates :* Elles surviennent de suite après un grand traumatisme ; les symptô-

mes sont noyés dans le complexe symptomatique alarmant d'une plaie thoraco-adbominale.

b) *Les H. tardives :* Ce sont en général des « blessés de poitrine » qui traînent d'hôpital en hôpital, puis un beau jour un vomissement est le premier symptôme d'une H. D.

E) Formes suivant le siège de la hernie :

a) *La H. du côté droit :* Elle est rare et presque toujours congénitale ;

b) *La H. de l'orifice œsophagien :* Elle est essentiellement dysphagique par compression de l'œsophage.

c) *La H. de la périphérie du diaphragme :* Elle apparaît après une blessure ou une compressions de la base du thorax, avec ou sans fracture de côtes. Parfois, elle survient sans traumatisme (Mayo).

Elle siège à gauche, en général à la partie antérieure d'un espace intercostal, du 6e au 10 espace. Elle fait saillie entre deux côtes : c'est *la H. intercostale* (Paul Alquier, 1905), Marzetti, 1906).

Au point de vue clinique, on constate une tumeur plus ou moins volumineuse, réductible, et qui donne une impulsion à la toux. Selon Mazetti et Weiss, elles peuvent s'étrangler.

DIAGNOSTIC

Il est illusoire de compter sur la clinique pour faire le diagnostic de H. D.

La H. D. est avant tout, et peut-être exclusivement un diagnostic radiologique.

Il arrive quelquefois au chirurgien de faire le diagnostic de H. D. au cours d'une intervention

pour un syndrome abdominal aigu : il s'agit souvent d'une H. D. étranglée.

Quelquefois le diagnostic est fait à l'autopsie : c'est le cas du nouveau-né qui nait cyanosé et qui meurt un moment après sa naissance.

Des erreurs sont faites avec l'invagination intestinale, avec la sténose du pylore, les vomissements incoercibles ; la confusion est souvent faite avec une intolérance à un lait quelconque, avec l'atrésie œsophagienne, avec le diverticule de l'œsophage, le rachitisme.

Le diagnostic se pose dans deux cas bien précis :

1) Dans la H. D. immédiate des grands traumatismes.
2) Dans la H. D. « chronique ».

I. — H. D. IMMÉDIATE DANS LES GRANDS TRAUMATISMES ET LES PLAIES THORACO-ABDOMINALES : Il y a la notion d'un accident grave. Le malade est en état de shock.

Souvent il présente tous les signes d'un hémothorax. Il faut se préoccuper du siège des orifices d'entrée et de sortie du projectile.

Il arrive que le diaphragme est lui-même atteint : l'hémi-thorax correspondant est alors immobile ; le malade ressent une douleur vive à l'épaule ; les névralgies phréniques, et le « rire sardonique » permettent quelquefois le diagnostic.

PERCY reconnaissait à ce dernier signe, les H. D. sur le champ de bataille.

II. — DIAGNOSTIC DE LA H. D. « CHRONIQUE » :

1) *Diagnostic clinique :*

a) OLLIVET pense que dans certains cas le diagnostic est possible si l'on ausculte après avoir fait prendre au malade une grande quantité de boisson.

b) Bouilly fait ingérer des poudres gazogènes qui augmentent le tympanisme thoracique, surtout dans les H. D. intéressant l'estomac.

c) Dans les H. du colon, un lavement opaque fait apparaître une matité thoracique.

d) Maragliano insuffle de l'air par le rectum, et exagère ainsi la sonorité thoracique.

Malgré ces artifices, des erreurs sont faites, car on ne pense pas à la H. D. qui est, malgré tout, un diagnostic d'exception.

On confond la H. D. avec :

1) *Des cardiopathies :*

On porte le diagnostic de : angine de poitrine - dextro-cardie congénitale - péricardite.

2) *Des troubles respiratoires :*

On fait l'erreur avec : le kyste hydatique - l'hydropneumothorax - la pleurésie interlobaire - le sarcome du poumon.

« En général, les H. D. empruntent le masque du pneumo-thorax » (Galliard).

On a même porté le diagnostic de névralgies intercostales devant un cas de H. D.

3) *Des troubles digestifs :*

On confond la H. D. avec : l'aérophagie - la gestrophagie nerveuse - l'hyperchlorhydrie - la sténose du pylore - l'estomac biloculaire - l'ulcère de l'estomac - le néoplasme gastrique - le cancer du pylore - l'appendicite - le cancer du colon.

Dans certains cas, on a l'image d'un estomac biloculaire, caractérisée par les deux faits suivants :

1) on observe un point rétréci au niveau du diaphragme.

2) la poche inférieure se remplit souvent la première : la poche supérieure se remplit par regorgement.

Si la H. D. contient de l'intestin grêle, on remarque une ombre diffuse, à contours très tourmentés. Le gros intestin donne l'impression de bulles claires juxtaposées et limitées par des contours arrondis. La H. forme quelquefois une masse diffuse, à contours nets, à cause du sac herniaire ou de la poche épiploïque qui l'enveloppe.

Signalons enfin, que dans la H. totale, l'estomac peut se mettre en volvulus sur l'axe longitudinal, avec le pylore intra-thoracique ou jaxtacardiaque.

Diagnostic radiologique après insufflation :

Quelquefois on se contente, pour faire le diagnostic, de faire prendre au malade une substance, gazogène : à la scopie, on voit l'estomac se distendre et remonter très haut, de même le colon devient énorme et plus clair.

Diagnostic radiologique après lavement opaque :

Ce procédé est excellent pour le diagnostic des H. D. du colon. Il renseigne exactement sur le volume et la situation de la hernie. Un cliché après lavement baryté a été pris sur la petite malade du Docteur Bardier.

On trouvera plus loin ce cliché qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic de H. D. du colon.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

En fait, le diagnostic clinique de H. D. n'est pratiquement jamais fait.

La radiologie, par contre, permet au chirurgien de faire le diagnostic, de se rendre compte du siège de la hernie, de son étendue, de la nature

des organes herniés : ainsi l'intervention devient plus sûre et mieux conduite.

Dans la *Presse Médicale* du 1er octobre 1947, Jean QUENU donne trois signes radiologiques principaux à la H. D. Après un repas ou un lavement opaque, on observe :

1) Le déplacement de l'ombre cardiaque.

2) L'absence, ou la discontinuité de la coupole diaphragmatique.

3) La présence, dans un hémithorax, d'ombres anormales.

Le Docteur Serge VANNIER a présenté une manœuvre simple pour mette en évidence la portion herniaire sus-diaphragmatique de l'estomac : il demande au malade de faire une inspiration forcée et de creuser le ventre en contractant sa paroi : on voit alors le lait baryté refluer au-dessus du diaphragme et s'y maintenir le temps nécessaire pour la prise d'un cliché.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE APRÈS UN REPAS OPAQUE :

L'estomac occupe généralement l'hémithorax gauche : ses contours sont nets ; on voit le niveau de liquide opaque, la poche à air ; souvent on observe un deuxième niveau de liquide de stase.

La partie supérieure de l'image gastrique tranche nettement sur la clarté pulmonaire ; la partie inférieure de l'estomac thoracique se confond avec l'ombre cardiaque qui est refoulée vers la droite.

Les battements cardiaques impriment des mouvements bien rythmés au liquide gastrique.

L'estomac n'est souvent thoracique qu'en partie : c'est la H. partielle de l'estomac ; l'isthme est formé par l'orifice diaphragmatique.

Le pylore est dans l'abdomen, à sa place normale, ou déplacé en haut et à gauche.

Observé à la scopie, l'estomac se remplit suivant un mode particulier.

La substance opaque descend le long de l'œsophage, puis au lieu de tomber verticalement dans l'estomac, elle remonte en haut et à gauche. La portion abdominale de l'estomac prend une forme en siphon.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFERENTIEL :

Même en s'aidant de la radiologie, il est quelquefois difficile d'affirmer une H. D., des erreurs sont commises, car l'image de H. D. peut être simulée par :

— l'abcès sous-phrénique,
— le pneumo-thorax,
— l'hydro-pneumothorax,
— les diverticules de l'œsophage,
— le gastro-thorax post-pleurétique,
— l'éventration diaphragmatique.

C'est surtout avec l'éventration diaphragmatique que l'erreur est faite : nous avons montré que l'éventration vient d'un relâchement du diaphragme sans solution de continuité, tandis que la H. D. comporte une solution de continuité du diaphragme.

Dans l'éventration, il y a seulement bombement des viscères abdominaux dans le thorax. Il s'agit le plus souvent d'une déformation de la coupole diaphragmatique gauche.

A notre sens, ce diagnostic différentiel est suffisamment important pour justifier un paragraphe spécial.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFERENTIEL DE LA H. D. ET DE L'EVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE :

a) Le diaphragme se dessine d'une façon parfaite, comme tracé au compas, dans l'éventration. Dans la hernie, au contraire, il y a toujours une solution de continuité : l'image est variable, plus déformée que dans l'éventration. La présence d'intestin grêle permet d'affirmer la H. D.

b) L'insufflation permet quelquefois la différenciation : si le segment colique est immobile vis-à-vis du jeu phrénique, il faut penser plutôt à la hernie.

c) Dans la H. D., il arrive souvent que l'hernie-coupole s'élève à l'inspiration : c'est le signe de Kienbock.

d) Le pneumopéritoine peut donner une précision diagnostique en détachant la coupole diaphragmatique des viscères sous-jacents.

e) Si on distend l'estomac par des gaz, son ascension dans l'hémithorax gauche est illimitée dans la hernie, et limitée dans l'éventration par le diaphragme continu.

f) Jean Quenu a décrit un signe radiologique qui permet le diagnostic de la hernie et de l'éventration : « c'est un triangle opaque, à base convexe supérieure phrénique, à bords latéraux concaves. l'un droit gastrique, l'autre gauche colique, triangle opaque, nettement détaché des plages claires de l'aérogastrie et de l'aérocolie qui n'existe que dans l'éventration, lorsque estomac et colon sont parallèlement encastrés dans la coupole surélevée, et ne se produit pas avec la hernie dans laquelle l'ascension des viscères n'est pas parallèle ».

Dans *l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale*,

J. JALET, sous le titre : Les modifications des contours thoraciques », signale des images radiologiques qui peuvent être confondues avec la H. D.

A) Il présente d'abord une image de déplacement en masse de la coupole diaphragmatique gauche à la suite d'une phrénicectomie réalisée pour traiter un processus tuberculeux évolutif.

B) Un deuxième cliché montre un déplacement de la coupole diaphragmatique droite par suite de la présence de gaz situés entre le foie et le diaphragme (abcès sous-phrénique).

C) Le troisième cliché représente une éventration diaphragmatique avec un diaphragme intact. mais distendu au point que le pôle supérieur de l'estomac arrive au niveau de l'arc moyen du cœur et que le cœur est refoulé vers la droite.

D) Enfin, le dernier cliché montre un fibrothorax avec rétraction thoraco-médiastino-diaphragmatique consécutive.

Ainsi, nous voyons combien est délicat le diagnostic de H. D. La clinique est incapable de poser le diagnostic, et si la radiologie permet de reconnaître cette affection, nous avons essayé de montrer que c'est au prix d'une grande attention, et souvent d'une extrême perspicacité.

Observation

OBSERVATION

(*Malade du* Docteur BARDIER)

(*Cliché du* Docteur Bertrand PIBRAC)

Le Docteur BARDIER est consulté pour une fillette de 2 ans qui vomit. L'examen clinique ne révèle rien, en dehors des vomissements : en particulier, la température et les selles sont normales ; l'état général est excellent ; cependant, cette enfant est une vomisseuse depuis sa naissance.

On décide de faire un examen radiographique du tube digestif : après un repas opaque, la radiographie montre une opacité diffuse à contours polycycliques dans la plage pulmonaire gauche.

On pratique alors une radiographie, après un lavement opaque : Nous avons reproduit ce cliché : il montre la présence du colon gauche dans l'hémithorax correspondant. Le colon sigmoïde dessine une ligne droite du thorax au rectum. On observe également, sur le colon sigmoïde, un rétrécissement portant sur plusieurs centimètres.

Une radiographie de profil, qui n'est pas reproduite dans cette thèse, montre que le colon

Malade du Docteur BARDIER

La radiographie a été faite par le Docteur BERTRAND-PIBRAC, après lavement baryté ; on voit un énorme côlo-thorax.

traverse le thorax d'avant en arrière : le poumon gauche est donc atrophié.

Malgré cette importante malformation, l'enfant est magnifique. Rien ne permettait de penser à une H. D.

L'intervention chirurgicale n'a pas été tentée en raison des dangers qu'elle comporte ; d'autre part, on peut se demander si le chirurgien trouvera assez de tissu musculaire pour fermer la brèche diaphragmatique.

Cependant, si l'état général de cette enfant devenait grave, ou s'il survenait un étranglement herniaire, on se verrait alors dans l'obligation de tenter l'intervention chirurgicale.

Conclusion

1° Nous avons défini la H.D. comme le passage de viscères abdominaux dans le thorax, à travers une solution de continuité du diaphragme.

2° Nous avons montré que l'estomac est l'organe le plus fréquemment hernié, et qu'il était souvent accompagné d'autres organes.

3° La H. D. est essentiellement une affection infantile.

4° Il y a trois sortes de H. D. : les H. D. congénitales, les H. D. graduelles et les H. D. traumatiques.

Les H. D. congénitales comprennent les H. embryonnaires et les H. fœtales.

5° A la H. D. s'associent souvent d'autres malformations congénitales.

6° Au point de vue clinique, la H. D. se caractérise essentiellement par des troubles digestifs : nous avons également montré que l'anémie est fréquente ; nous avons cité un cas d'épilepsie consécutif à une H. D.

7° L'évolution de la H. D. est très variable. Une complication grave est à redouter : l'étranglement herniaire.

8° Le diagnostic se fait très rarement par la

clinique. La radiologie permet le diagnostic et se fait soit avec un repas opaque, soit avec un lavement opaque, quelquefois après insufflation.

9° Le traitement médical donne souvent une stabilisation satisfaisante de l'affection. Mais en cas d'étranglement herniaire ou d'aggravation des symptômes, il faut tenter l'intervention chirurgicale.

Vu : *Le Président de Thèse,*
SOREL.

Vu : *Le Doyen,*
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 2 mai 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Bibliographie

Jean QUENU. — *Thèse* de 1920.

BRANDT. — *Thèse* de 1929.

LAGARIGUE. — *Thèse* de 1933.

GARRAUD. — *Thèse* de 1935.

Jean QUENU. — *Presse Médicale* n° 57 (1er octobre 1947).

Marcel TAVENNEC. — *Thèse* de 1936 « H. D. de l'estomac ».

Pierre-Guy NONIQUE. — *Thèse* « Contribution à l'étude de la H. D. du nouveau-né et du nourrisson ».

Paul-Gérard MORIN. — *Thèse* « Un cas de H. D. ».

Ch. LACOSTE. — *Thèse* de 1938 « Contribution à l'étude des H. D. ».

Raymond CHILOT. — *Thèse* de 1939 « Contribution à l'étude de la H. D., la forme anémique ».

Lucien BRIENT. — *Thèse* de 1942 « Les hernies droites ».

Journal de radiologie : 1939-1940, pages 180 et 517

Journal de radiologie : 1944-1945, page 338.

Journal de radiologie : 1947, page 73 et 171.

Journal de radiologie : 1948, pages 197 et 472.

Journal de radiologie : 1949, pages 161, 172 et 713.

RADIOLOGIE CLINIQUE DU GROS INTESTIN, TOME II, par GATELLIER-MOUTIER ET PORCHER. — « Le colon dans l'éventration et la H. D. » (page III), reproduction de H. D. du colon (planche XLII) page 117, H. D. gauche de l'anse iléo-colique, page 119 « Le colon dans la hernie diaphragmatique », « Le diagnostic radiologique différentiel de la hernie et de l'éventration diaphragmatique ».

Encyclopédie médico-chirurgicale, tome III : « Les modifications des contours thoraciques, par J. JALET ».

Journal de radiologie et d'électrologie, tome XXIII, année 1949-1950 « Observation de H. ROCHER, L. POUYANNE et Ch. ROCHER » (Bordeaux).

Journal de radiologie, d'électrologie et archives d'électricité médicale, année 1949 « H. D. rétrosternale congénitale chez un nourrisson de 20 mois », par Jaubert BEAUJEU et R. DIDIER (Tunis).

Journal de radiologie et d'électrologie, tome XXIX, année 1948, article de Jean QUENU (Paris), page 642.

Journal de radiologie et d'électrologie, année 1947. Observation de R. SOUTILLE (Paris).